

**Informe Médico**  
**Gastos Médicos - Private Client**



Este formato debe de ser llenado y firmado por el médico tratante, así como por cada uno de los médicos interconsultantes que sean distintos al tratante y que participen en la atención del Paciente. Llenar con letra de Molde. Favor de no dejar espacios sin contestar.

**ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO INICIALMENTE NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.**

**Tipo de Trámite**

Programación de Cirugía  Tratamiento Médico y/o Quirúrgico NO Programado  Reembolso

**Ficha de Identificación**

**Nombre del Paciente**

Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre (s)

Sexo:  F  M Edad:  Fecha de Nacimiento:  DD / MM / AAAA No. Póliza:

**Historia Clínica (Especificar: Diagnóstico, Tiempo de Evolución y Tratamiento)**

**Antecedentes Personales No Patológicos**

**Antecedentes Personales Patológicos**

**Antecedentes Gineco-Obstétricos (En caso de aplicar)**

**Antecedentes Perinatales (En caso de aplicar)**

**Padecimiento Actual**

De acuerdo a la Evolución Natural de la Enfermedad, favor de indicar la fecha de Inicio de los primeros síntomas.

	Fecha de Inicio
	DD / MM / AAAA
Diagnóstico (s) Definitivo (s)	Fecha de Diagnóstico
	DD / MM / AAAA
	DD / MM / AAAA
	DD / MM / AAAA
	DD / MM / AAAA
	DD / MM / AAAA

**TIPO DE PADECIMIENTO**

Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico  Tiempo de Evolución:

¿Se puede relacionar el padecimiento actual con algún otro padecimiento del paciente? No  Si

¿Cuál?

Mencione los estudios de laboratorio y/o Gabinete que requirió el asegurado para llegar al Diagnóstico Definitivo

**Tipo de Tratamiento**

Médico <input type="checkbox"/>	Quirúrgico <input type="checkbox"/>	Consultorio <input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Hospitalario <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Descripción del (los) Tratamiento (s)	Fecha de realización
	DD / MM / AAAA
	DD / MM / AAAA
	DD / MM / AAAA
	DD / MM / AAAA
	DD / MM / AAAA
	DD / MM / AAAA

¿Requirió ingreso a Terapia Intensiva?    N     Si     Ingreso:     Egreso:

<b>Motivo de la estancia en UCI:</b>	
--------------------------------------	--

**Hospital y/o Clínica de Atención**

<b>Nombre:</b>			
<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>	
<b>Teléfono</b>		<b>Ingreso:</b>	<input style="width:100px;" type="text" value="DD / MM / AAAA"/>
		<b>Egreso:</b>	<input style="width:100px;" type="text" value="DD / MM / AAAA"/>

**Datos del Médico que participó en la atención del paciente ya sea como tratante (cirujano) o Interconsultante**

<b>Nombre del Médico:</b>	<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombre (s)</b>	<b>Céd. Prof.</b>
<b>Especialidad:</b>				Médico Tratante <input type="checkbox"/> Interconsultante <input type="checkbox"/>
<b>Teléfono (s) de Contacto</b>	<b>Consultorio</b>	<b>Móvil</b>	<b>Otro</b>	
<b>E-mail:</b>			<b>Presupuesto:</b>	<b>Pesos Mexicanos</b>

Acepto el tabulador de Honorarios propuesto por la aseguradora y me comprometo a no cobrar diferencias al asegurado, sabiendo de antemano, que cualquier diferencia de Honorarios Médicos o Quirúrgicos cobrada no le será reembolsada a este, por Pan-American México Compañía de Seguros, S. A. El tabulador de Honorarios será proporcionado en todo momento por el Médico Dictaminador y/o Funcionario Autorizado de la Aseguradora.

**IMPORTANTE:** El Presupuesto del médico, es lo que habitualmente cobra a un paciente particular por la atención médica y/o quirúrgica, este puede diferir completamente de lo tabulado por la Aseguradora, ya que se aplicará el tabulador y la base de honorarios médicos y/o quirúrgicos contemplados en el producto. El presupuesto es solo considerando los Honorarios del Médico Tratante y/o Cirujano, el resto del equipo quirúrgico se tabulará de acuerdo a los porcentajes establecidos para estos, Anestesiólogo 30% y 1er. Ayudante 20% de lo cobrado por el Cirujano

Acepto:     No Acepto:

**Nombre y Firma del Médico Tratante**

<b>Lugar y Fecha:</b>	
-----------------------	--

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA". Como Tratante me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

**Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a "LA ASEGURADORA".**

El llenado de este formato, no obliga a "LA ASEGURADORA" a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

# FORMULARIO DE RECLAMO



**Elección de producto:**  Pan-American WorldAccess  Pan-American PreferredAccess

Para ser completado por el médico tratante

## I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre del solicitante (apellidos, primer nombre e inicial del segundo)	R.F.C. con homoclave	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Peso O lb O kg	Estatura O pies O m
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fumador  Sí  No    Cigarillos por día     Cantidad de años fumando

## II- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente (2 apellidos, primer nombre e inicial del segundo nombre)	Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F

Relación con el asegurado principal  Cónyuge  Hijo  Otro

## III- DETALLES DEL DIAGNÓSTICO, LESIONES O ACCIDENTES:

Está relacionada esta condición con un accidente?  Sí  No

Diagnóstico primario y naturaleza de la lesión o enfermedad:

Diagnósticos secundarios y naturaleza de las lesiones o enfermedades:

Tiempo de evolución de la enfermedad

Fecha de la primera consulta médica con referencia a esta condición o accidente

## IV- PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON UNA HOSPITALIZACIÓN:

Nombre del hospital

Periodo de hospitalización. Desde  Hasta

## V- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS:

En conexión con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ha usted sometido o someterá reclamos, contra otra póliza de seguros médicos? Sí la respuesta es "Sí", por favor proporcione:  Sí  No

Condición como asegurado:  Titular  Dependiente

Nombre de la compañía  Número de póliza

